ITEM 064 : TROUBLE BIPOLAIRE

Trouble bipolaire = changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie, augmentées (manie) ou diminuées (dépression) : maladie psychiatrique chronique, sévère, fréquente, **2e maladie** la plus à risque de suicide (après l'**anorexie mentale**).
- Prévalence = **1 à 4 %** de la population générale, 0,1 % chez l'enfant et > 1 % chez l'adolescent.
- Âge de début classiquement entre **15 et 25 ans**, avec un sex ratio = 1 (prédominance féminine pour le type I).
- Maladie chronique avec récidives (70 à 80 % des patients traités dans les deux ans suivant un épisode caractérisé).
- 10-20 années de vie perdues par mortalité précoce (cardio-vasculaires, suicide).
- En dehors des épisodes maniaques/dépressifs : **intervalles libres**, ou **altération des fonctions cognitives**, du **sommeil**, des **rythmes circadiens**, des systèmes immuno-inflammatoires, métaboliques, neuro-développementales et neurophysiologiques.
- Diagnostic parfois difficile, souvent **tardif** (10 ans en moyenne), après plusieurs épisodes.
- FdR : - **Génétique ++** : héritabilité de **60-70 % ➔ risque x 10** si un antécédent familial au 1er degré de trouble bipolaire.
- Environnemental : **traumatisme dans l'enfance** (sexuel, affectif ou émotionnel), **stress aigu** ou **répété.**

➔ Selon l'OMS, le trouble bipolaire fait partie des 10 maladies les plus invalidantes et coûteuses sur le plan mondial.

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Syndrome maniaque

= Persistance dans le temps **≥ 7 jours** d'une **augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie**
- Installation brutale ou progressive, avec ou sans facteur déclenchant
- **Prodrome** fréquent (souvent le même pour un patient) : **troubles du sommeil** (insomnie sans fatigue)…

Perturbations psychoaffectives	Perturbation de l'humeur	- **Humeur « gaie »** : **élevée, expansive, exaltée, euphorique.** - Peut être remplacée par une **irritabilité.**
	Altération du contenu de la pensée	- **Augmentation de l'estime de soi**, **idées de grandeurs, sentiment de toute-puissance, mégalomanie.** - **Altération** ou **absence de conscience du trouble.**
	Perturbation des émotions	- **Labilité émotionnelle** (émotions versatiles). - **Hyperréactivité** ou **hyperesthésie** : réactivité excessive de l'humeur. - **Hypersyntonie** : participation spontanée et adhésion très rapide à l'ambiance affective du moment.
Accélération psychomotrice (excitations)	Accélération psychique	- **Agitation psychique.** - **Tachypsychie** (accélération des idées). - **Pensée diffluente, fuites des idées, coq-à-l'âne** (changement rapide des idées sans lien apparent)**, jeux de mots, association par assonances.** - **Ludisme, contact familier, désinhibition.**
	Accélération motrice	- **Agitation motrice, hyperactivité motrice souvent stérile.** - **Augmentation d'activités à but dirigé** (professionnel, social, sexuel). - **Logorrhée** (l' du temps de parole) et **tachyphémie** (l' de la vitesse). - **Hypermimie.** - **Désinhibition** (contact familier).
Perturbations physiologiques	Perturbation du sommeil	- **Insomnie** partielle ou totale. - **Réduction du besoin de sommeil, absence de sensation de fatigue.** - **Hypersthénie.**
	Perturbation des fonctions cognitives	- **Anosognosie** partielle ou totale. - **Hypervigilance, hyperréactivité.** - **Distractibilité**, **troubles de l'attention** et **de la concentration.** - **Hypermnésie.**
	Perturbation des conduites alimentaires	- **Anorexie** ou **hyperphagie.** - **Amaigrissement** (même en cas de prise alimentaire augmentée). - Risque de **déshydratation.**
	- **Augmentation de la libido, hypersexualité**, avec comportements sexuels possiblement à risque. - **Achats pathologiques, dépenses inconsidérées.** - **Comportements à risque** : recherche de sensations fortes, prise de toxiques, conduites sexuelles à risque, vitesse. - Possibles **actes médico-légaux** (à prévenir).	

Syndrome hypo-maniaque

= Persistance dans le temps d'une **augmentation pathologique de l'humeur** et de **l'énergie**, mais de symptomatologie et retentissement fonctionnel moins importants que l'accès maniaque.
- **Rupture totale de l'état antérieur** (souvent constaté par l'entourage), avec perturbation de l'affectivité, accélération psychomotrice et signes associés, présente tous les jours pendant ≥ **4 jours.**

➔ Ne nécessite pas d'hospitalisation en milieu de soins spécialisés (contrairement à l'épisode maniaque).

Syndrome dépressif

- **Épisode dépressif caractérisé** ± avec caractéristiques évocatrices : survenue précoce **< 25 ans**, en post-partum, de début brutal, multiples (≥3), antécédent familial de troubles de l'humeur, réponse inadéquate à un traitement antidépresseur, toutes les caractéristiques cliniques associées (mélancolique, saisonnier).

SEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Caractéristique de l' épisode

Caractéristique psychotique

= Épisode maniaque ou dépressif accompagné **d'idées délirantes** (à différencier des idées mégalomaniaques pseudo-délirantes) et/ou **d'hallucinations** (40-50 %).
- Mécanisme : **imaginatif, intuitif** et/ou **hallucinatoire**, moins souvent **interprétatif.**
- Thème : souvent **mégalomaniaque, messianique, mystique, prophétique**, avec ou sans syndrome d'influence, et possiblement érotomaniaque, de persécution…
- **Systématisé**, mais **peu organisé.**
- **Adhésion** ou **critique** des idées délirantes variable.
- **Congruente à l'humeur le plus souvent** ou non congruente.

DIAGNOSTIC		**Caractéristique mixte**	= **Apparition de symptômes** dépressifs ou maniaque au cours d'un épisode d'humeur opposé, durant de **quelques heures à quelques jours ➔ risque suicidaire** majeur.
		Caractéristique anxieuse	= **Épisode maniaque ou dépressif** accompagné de **symptômes anxieux.** - Sensation d'être tendu, énervé ou impatient de manière inhabituelle, de présenter des difficultés de concentration à cause d'inquiétudes, peur que quelque chose de terrible puisse arriver, impression de perte de contrôle. ➔ Associé à un **risque suicidaire augmenté**, une **durée plus longue du trouble** et un **risque augmenté de non-réponse thérapeutique.**
		Péri-partum	= **Au cours de la grossesse** et **jusqu'à 4 semaines après l'accouchement** (post-partum).
		Caractéristique catatonique	- Immobilité motrice : **catalepsie** (flexibilité cireuse catatonique) ou **stupeur catatonique.** **- Activité motrice excessive** non influencée par les stimuli extérieurs et apparemment stérile. **- Négativisme extrême** (résistance immotivée et maintien d'une position rigide) ou **mutisme.** **- Mouvements volontaires particuliers** et **positions catatoniques** (maintien d'une position inappropriée ou bizarre), **mouvements stéréotypés, maniérismes** ou **grimaces.** **- Écholalie** ou **échopraxie.**
		Spécifique d'un épisode dépressif	**- Caractéristique mélancolique** : perte complète de la capacité à ressentir du plaisir. **- Caractéristique atypique** : réactivité de l'humeur, et possiblement augmentation du poids ou de l'appétit, hypersomnie, impressions de pesanteur/lourdeur d'un ou plusieurs membres, sensibilité aux rejets interpersonnels.
	Évolution des troubles	**Caractère saisonnier**	= **≥ 2 épisodes saisonniers au cours des 2 dernières années**, en l'absence d'épisodes non-saisonniers au cours de la même période. **- Relation temporelle régulière** entre la survenue des épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs et une **période particulière de l'année** (automne, hiver…), et non lié à des facteurs de stress environnementaux en lien avec la période (anniversaire, traumatique…) **- Rémissions complètes** (ou virage de l'humeur) au cours d'une période particulière de l'année. - Majorité d'épisodes saisonniers que non saisonniers.
		Cycles rapides	= **≥ 4 épisodes de l'humeur sur les 12 derniers mois** (toute polarité confondue). - Associée à un pronostic plus sévère et une résistance thérapeutique plus élevée.
	Critères (DSM-5)	A – Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, et augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but de manière anormale et persistante pendant **≥ 1 semaine** (presque tous les jours) ou **nécessitant une hospitalisation** B - ≥ 3 des symptômes suivant (≥ 4 si humeur seulement irritable) : • Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur. • Réduction du besoin de sommeil. • Plus grande communicabilité que d'habitude, ou désir de parler constamment. • Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent. • Distractibilité (rapportée ou observée). • Augmentation d'activité orientée vers un but (social, professionnel, sexuel) ou agitation psychomotrice. • Engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de risque. C – **Altération marquée du fonctionnement sociale ou professionnelle**, **nécessité d'hospitalisation** (si danger pour soi ou les autres) ou **caractéristiques psychotiques.** D – Épisode non attribuable aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale. ➔ Épisodes hypomaniaques : durée **≥ 4 jours**, d'intensité insuffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social ou une hospitalisation, sans caractéristique psychotique.	
	Formes cliniques	**- Type 1** : ≥ 1 **épisodes maniaques** ou **mixtes** (même en l'absence de trouble dépressif). **- Type 2** : ≥ 1 **épisodes hypomaniaques** et ≥ 1 **épisodes dépressifs majeurs.** Le type 3 n'existe plus.	
	Intensité	**- Léger :** peu de perturbations sociales ou professionnelles. **- Moyen :** perturbations modérées sociales ou professionnelles. **- Sévère :** quasiment tous les symptômes, perturbations nettes sociales ou professionnelles.	
DG DIFF	Affection médicale générale	**- Substance psychoactive** : **alcool ++, cannabis, amphétamines, cocaïne, hallucinogène.** - Neurologique : **tumeur cérébrale, SEP, AVC, début de démence, épilepsie focale.** - Endocrinien/métabolique : **troubles thyroïdiens, hypercorticisme, hypoglycémie, troubles ioniques**… - Iatrogène : **corticoïdes, antidépresseurs, interféron-α, béta-bloquants…**	
	Affection psychiatrique	**- Trouble dépressif récurrent** (= unipolaire). **- Trouble de personnalité borderline.** **- Trouble déficit de l'attention/hyperactivité.** **- Schizophrénie, trouble délirant persistant.** **- Trouble obsessionnel compulsif.** **- Trouble addictif.**	
	Bilan	**- Bilan standard** : **glycémie**, **iono**, **calcémie**, **urée**, **créat**, **NFS**, **CRP**, **TSH**, **bilan hépatique**, **ECG.** **- Recherche de toxiques urinaires** : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines. - Au 1er épisode ou sur orientation clinique : **scanner cérébral** (en urgence)/**IRM cérébrale, EEG.**	

COMORBIDITE

- **Addiction** (40-60 %) : **alcool** (40 %), **cannabis** (20 %), **cocaïne** et **psychostimulant** (10 %), sédatif.
- **Troubles anxieux** (40 %) : notamment **trouble panique, phobie sociale** ou **phobie simple.**
- **Trouble déficit de l'attention avec hyperactivité** (30 %).
- **Trouble de personnalité** (30 %), surtout **personnalité borderline.**
- **Troubles des conduites alimentaires** (15-30 %).
- **Trouble obsessionnel compulsif** (10-30 %).
- Comorbidité non psychiatrique : **syndrome métabolique, risque cardiovasculaire, SAOS, pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales**…

ÉVOLUTION

À la phase aiguë	- **Guérison** en **3 à 6 semaines** sous traitement (contre **6 à 8 mois** sans traitement) : disparition des symptômes progressive ➔ la normalisation du sommeil est un bon critère de guérison. - Accès maniaque parfois suivi d'un **virage de l'humeur sur un mode dépressif.**
Au long cours	- **Rémission symptomatique** et **fonctionnelle** avec insertion familiale, professionnelle et sociale normale. - Évolution sévère des troubles : apparition de **cycles rapides**, de **troubles psychiatriques associés** (addiction, troubles anxieux…) ou de **pathologie médicale**, notamment cardiovasculaire. - Complication : . **Suicide** (15 % des décès). . **Actes médico-légaux** (liés à la désinhibition psycho-comportementale). . **Désinsertion familiale** (3 fois plus de divorces), **professionnelle et sociale.**

PREVENTION

➔ Certains antécédents doivent faire évoquer le diagnostic de trouble bipolaire :
- Antécédents de **≥ 3 épisodes dépressifs récurrents.**
- **Notion d'hypomanie**, souvent inaperçue.
- **Épisode atypique déclenché par un antidépresseur** : non-réponse, aggravation des symptômes, agitation, hypomanie.
- Début d'un épisode durant le **post-partum.**
- Début des épisodes dépressifs récurrents **< 25 ans.**
- **Antécédents familiaux de troubles bipolaires, troubles dépressifs récurrents, addiction ou suicide.**
- **Antécédents personnels de tentative de suicide.**

STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

➔ Indication d'hospitalisation si :
- **Troubles du comportement majeurs** avec risque de conséquences délétères.
- **Risque suicidaire élevé**, **mise en danger ou risque hétéro-agressif.**
- **Forme sévère** et/ou **résistante au traitement** (pour réévaluation).
- À discuter : **isolement** ou **soutien socio-familial non adapté**, **comorbidités** complexes.

À la phase aiguë	➔ **Hospitalisation en urgence** en psychiatrie en milieu fermé (SDPT si besoin). - Recherche systématique de prise de toxique ou de cause médicale non psychiatrique, de contage (IST). - Arrêter tout traitement antidépresseur en cas d'épisode maniaque. - **Thymorégulateur** : débuté le plus précocement possible, traitement d'attaque (6-8 semaines), continué au long cours. - **Traitement sédatif** en cas d'agitation : **benzodiazépine** (**diazépam** 10 mg x 4/jour, ou **lorazépam** 2,5 mg x 4/jour, par voie orale ou IM) et/ou **neuroleptique sédatif** (**loxapine** Loxapac® 50 mg IM). - En dernier recours : **isolement** et **contention des 4 membres** si risque auto- ou hétéro-agressif. - **Sauvegarde de justice** (si dépenses ou achats excessifs) pour protection des biens en urgence. - Prévention et surveillance du risque suicidaire et du risque hétéro-agressif.
Au long cours	➔ Objectifs : stabiliser l'humeur, prévenir les rechutes, aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement, préserver les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie du patient, et dépister les comorbidités psychiatriques et médicales. - **Prise en charge en ambulatoire** dans son secteur de psychiatrie. - **Traitement médical de consolidation (4-6 mois)** : poursuite du **thymorégulateur** avec suivi de la tolérance et de l'efficacité, et diminution/arrêt des traitements à risque de dépendance (benzodiazépine, hypnotique…) - **Psychothérapie, psychoéducation, remédiation cognitive.** - **PEC sociale** : ALD 23, prise en charge du handicap mental (MDPH), curatelle/tutelle.

TTT

- **Maniaque** : - **Lithium**, **valproate** ou **antipsychotique atypique** en 1re intention.
  - **Association** en 2de intention : lithium ou valproate + antipsychotique atypique.
- **Dépressif** : - **Lithium**, **lamotrigine** ou **quétiapine** en 1re intention.
  - Si déjà un thymorégulateur à posologie efficace : **ajout d'un ISRS.**
  - Arrêt progressif des antidépresseurs conseillé au long cours (favorise rechutes et accélération des cycles).
- Les **antidépresseurs tricycliques** ne sont pas recommandés (risque augmenté de virage de l'humeur).

THYMOREGULATEUR – Lithium

= **Théralite®** 400 mg LP :
- Seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide : à privilégier si antécédent de TS.
- **Contrôle de la lithémie à 12 h** de la prise (généralement le matin) : cible = **0,8 à 1,2 mEq/L.**
- Introduction : . Début à 1 cp/j x 2 jours, puis 2 cp/j x 4 jours et dosage à 12 h de la lithémie.
  . Si lithémie trop basse : ? 1 cp (si < 0,5) ou ½ cp (si < 0,8) et dosage à 4 jours.
  . Si lithémie = 0,8 à 1,2 sur 3 prélèvements : bonne dose.
- Suivi de la **lithémie** : tous les **15 jours** x 2 mois puis tous les **3 mois** x 1 an puis tous les **6 mois.**

EI	- **Nausée, tremblement.** - **SPUPD, trouble de repolarisation, hypothyroïdie, hyperleucocytose.**
CI	- CI absolue : **hyponatrémie**, **allaitement**, **IRC avec DFG < 85 mL/min.** - CI relative : **IR modérée, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque, grossesse, association** (carbamazépine, IEC, AINS, sulfamides hypoglycémiants, insuline).

	Valproate de sodium	Suivi	- Bilan pré-thérapeutique : **NFS, iono, créat, protéinurie + glycosurie, TSH, β-hCG** chez la femme en âge de procréer, **ECG ± EEG** si antécédent de comitialité. - Bilan annuel : **bilan rénal, TSH.**
		= Dépakote® 750 mg/j en 2-3 prises : initié par un médecin spécialiste du trouble bipolaire.	
		EI	**- Tératogène** : trouble grave du développement (40 %), malformation congénitale (10 %). **- Hépatite, hypofibrinogémie, thrombopénie, ? ammoniémie, alopécie, prise de poids.**
		CI	- CI absolue : **grossesse ➔** à éviter chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer. - CI relative : **alcoolisme, hépatite aiguë/chronique**, **allaitement.**
		Suivi	- Bilan pré-TTT : **NFS, bilan hépatique, β-hCG** chez la femme en âge de procréer. - Surveillance : **NFS, bilan hépatique** réguliers pendant l'initiation, puis tous les 6 mois.
	Antipsychotique		= **Olanzapine**, **rispéridone**, **aripiprazole** ou **quétiapine.** - Surveillance : **ECG avec mesure du QTc, IMC, glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique.**
	Carbamazépine		= Indiqué surtout dans les états mixtes et les cycles rapides.
		EI	**- Nausée, trouble du transit, hypotension, rash, alopécie.** **- BAV, leucopénie, neutropénie, thrombopénie, agranulocytose, hyponatrémie.**
		CI	- CI absolue : **BAV, atcd d'hypoplasie médullaire** ou **porphyrie aiguë intermittente.** - CI relative : **association médicamenteuse, grossesse, allaitement.**
	Électro- convulsivo-thérapie		= Amélioration rapide et à court terme des symptômes sévères après échec des autres traitements. Indication : • Troubles dépressifs sévères et/ou caractéristiques mélancoliques et/ou réfractaires aux thérapeutiques. • Épisode maniaque sévère ou prolongé. • Mauvaise tolérance des psychotropes. • État catatonique. • Cycles rapides. • Mauvaise tolérance des psychotropes, risque de décompensation de maladies comorbides. • Contre-indication aux traitements médicamenteux (grossesse, personne âgée…)
	Psychothérapie		**- Psychothérapie de soutien** systématique. **- Thérapie cognitivo-comportementale** (haut niveau de preuve) : ménagement du rythme de vie selon la phase, correction des cognitions déformées, régulation de ses émotions. - Autres **: psychothérapie psychanalytique, thérapie interpersonnelle, thérapie familiale et systémique, hypnose.**
	Psychoéducation		= **Programme d'information structurée** : proposé au patient et/ou à son entourage. - Améliore la compréhension du trouble et de son traitement. - Développement de la capacité à détecter les signes précurseurs de rechute. - Encourage la régularité des rythmes de vie. - Développement des capacités d'autosurveillance et d'aptitude à gérer les facteurs de stress.
	Remédiation cognitive		= Méthodes rééducatives visant à pallier les conséquences des troubles cognitifs : troubles mnésiques, attentionnels, visuo-spatiaux, exécutifs, métacognitifs, social ➔ présent chez **1/3** des patients. - Après un **bilan neuropsychologique.**
	Réadaptation psychosociale		- Stratégies de réadaptation sociale et professionnelle (handicap).